Über

Carcinom der Vulva.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von
Dr. Johann von Säxinger
o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt
von
Gustav Wolff
approb. Arzt aus Baden-Baden.

Mit einer Abbildung und einer Tabelle.

Tübingen, 1894.
Verlag von Franz Pietzcker.

Über

Carcinom der Vulva.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung
der
Doktorwürde
in der
Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
unter dem Präsidium
von

Dr. Johann von Säxinger
o. ö. Professor der Geburtshilfe und Vorstand der Frauenklinik.

Der medizinischen Fakultät in Tübingen
vorgelegt
von

Gustav Wolff
approb. Arzt aus Baden-Baden.

Mit einer Abbildung und einer Tabelle.

Tübingen, 1894.
Verlag von Franz Pietzcker.

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.

Von alters her waren die Ärzte stets bemüht, das Wesen der verschiedenen Geschwulstformen zu ergründen; vor allem ist es das Carcinom, welches das Interesse der Autoren in Anspruch genommen hat. Die verschiedensten Theorieen wurden aufgestellt, aber keine von ihnen allen konnte allgemein befriedigen; am ehesten wäre hiezu noch im stande die Annahme eines parasitären Ursprungs, die neuerdings sehr in den Vordergrund tritt, ohne dass es der bakteriologischen Forschung gelungen wäre, solches nachzuweisen.

Mit der Bemühung der pathologisch-anatomischen Untersuchung, das Wesen des Carcinoms zu ergründen, hielten gleichen Schritt die Versuche einer wirksamen Behandlung dieser bösartigen Geschwulstform. Die berufensten Vertreter der Chirurgie, der inneren Medizin und nicht zum mindesten der Gynäkologie veröffentlichen hin und wieder den Erfolg ihrer Therapie an der Hand von Statistiken. Unter den von den Gynäkologen zusammengestellten Fällen ist das Carcinom des Uterus in erster Linie zu nennen. Weit weniger häufig, sogar selten, ist der Sitz des Carcinoms an anderen Stellen des weiblichen Genitalapparates, namentlich der Vulva — das primäre Carcinom der Vulva!

Es dürfte sich verlohnen zwei Fälle, die in der Tübinger gynäkologischen Klinik zur Beobachtung kamen und die mir gütigst zur Verfügung gestellt wurden, hier mitzuteilen.

Vorher sei jedoch gestattet, das wichtigste bis jetzt über das primäre Carcinom der Vulva Bekannte anzuführen.

Häufigkeit und Vorkommen.

Statistischen Angaben zufolge, so z. B. nach Gönner, beobachtet in der gynäkologischen Klinik zu Basel, kommen 5 % aller Carcinome auf die weiblichen Genitalien. Hiebei sind jedoch wahrscheinlich die sekundären Formen zugerechnet.

Für die Seltenheit des primären Carcinoms der Vulva spricht die kleine Anzahl von veröffentlichten Beobachtungen.

Gurlt fand unter 7479 Krebskranken 72 Fälle von Vulvakrebs, also ungefähr 1 %; auch hier dürften einige Fälle sekundärer Form angeführt sein. (Zweifel.)

Virchow, L. Mayer, Marc d'Espine und Tanchon machen Angaben dahin, dass unter 35 bis 40 Uteruskrebsen nur eine Neubildung auf die Vulva käme.

L. Mayer weist unter 302 malignen Geschwülsten 10 solche von der Vulva ausgehend auf.

Winckel führt unter 1068 poliklinischen Patientinnen 9 Fälle von Vulvacarcinom an. Letzterer Autor unterscheidet zwischen einem Hautkrebs (Cancroid) und dem fibrösen Carcinom; dieses gilt für sehr selten.

Von anderer Seite besteht eine Einteilung zwischen Cancroid, Medullarkrebs und Skirrhus.

Die zwei letzteren Formen kommen nach Scanzoni und West viel seltener vor wie das Cancroid.

L. Mayer stellte unter 9 beobachteten malignen Geschwülsten bei 4 bestimmt und bei 2 mit grosser Wahrscheinlichkeit Cancroid fest.

Hildebrandt erkannte unter 6 malignen Tumoren 3 als Cancroide.

Für die Seltenheit des Medullarcarcinoms und des Skirrhus ist bei Zweifel eine kleine Übersicht gegeben, die hier beigefügt werden soll.

Hiernach beobachteten

L. Mayer unter	4	Fällen	2 Skirrhus,
Hildebrandt unter	3	„	2 „
Schröder beobachtete	2	Fälle,	
West	„	1	Fall,
Zweifel	„	1	Fall

dieser seltenen Krebsformen.

Der Ausgangspunkt des primären Carcinoms der Vulva liegt gewöhnlich zwischen den grossen und kleinen Schamlippen. Am häufigsten sitzt das Cancroid an der unteren inneren Fläche einer grossen Schamlippe, an der Grenze zwischen äusserer Haut und Schleimhaut oder am sogenannten sulcus interlabialis (Zweifel); seltener ist der Sitz in der »Clitoris« und im »orificium urethrae«.

Rokitansky führt einige Fälle an, die von der Clitoris ausgiengen. —

Medullarcarcinome und Skirrhus gehen meistens von den «grossen Schamlippen», dann aber auch von der »Clitoris» aus.

Mayer beobachtete 2 Skirrhus, die von der Clitoris oder dem Praeputium derselben ihren Ausgang nahmen.

Hildebrandt zwei solche von der rechten grossen Schamlippe ausgehend, von da griffen sie auf die kleine Lippe und die Clitoris über.

Nach Riberi und Melchiori sind Fälle bekannt, deren Ausgangspunkt der Vorhof und die Umgebung der Urethra war.

Primär befällt die Krebsgeschwulst gewöhnlich nur eine Schamlippe; L. Mayer berichtet aber auch über

eine gleichmässig primäre Erkrankung beider Schamlippen.

Um kurz zu resumieren, kann das Primärcarcinom seinem Sitz nach folgendermassen unterschieden werden:

Krebs des vestibulums,

Krebs der grossen Schamlippen,

Krebs der Clitoris,

endlich periurethraler Krebs (Pozzi).

Selbstverständlich kann in späterem Stadium eines in das andere übergehen.

Aetiologie.

Hier soll natürlich die Ätiologie der allgemeinen Ursachen des Carcinoms nicht in Betracht gezogen werden, sondern nur für den speziellen Fall bei Sitz an der Vulva.

Vorzüglich ist es das Alter, über welches viele Angaben gemacht wurden und zwar stimmen die meisten Autoren darin überein, dass das Leiden erst mit Überschreiten des 40. Lebensjahres seinen Anfang nimmt. Doch sind auch von dieser verschiedene Beobachtungen bekannt.

In den von Pozzi beschriebenen Fällen handelte es sich um Patientinnen, die meistens im 40. bis 60. Lebensjahre standen, indess sah er die Affektion auch bei 5- sowie 20jährigen ausgebildet.

L. Mayer giebt von 13 Beobachtungen folgende Übersicht:

7mal Frauen im 50. bis 60. Lebensjahre,
3 „ „ „ 30. „ 40. „
2 „ „ „ 40. „ 50. „
1 „ „ „ 60. „ 70. „

Hildebrandt führt 3 Fälle mit 53, 56 sowie 62 Jahren an und

Winckel folgende Zahlen:

9,7%	zwischen	30	bis	40	Jahren,
25,8%	„	41	„	50	„
32,2%	„	51	„	60	„
25,8%	„	61	„	70	„
6,5%	„	71	„	85	„

Aus den letzten Zusammenstellungen geht entschieden die Prädisposition des höheren Alters hervor. Dies stimmt mit den Angaben von Deschamps überein, der besonders das 60. bis 70. Lebensjahr heimgesucht sehen will. Hiegegen berichtet Lebert von 4 Fällen mit 20 bis 25 Jahren.

Es sind weitere prädisponierende Momente anzugeben, zufolge deren sich die malignen Geschwülste ausgebildet haben sollen.

Winckel beschreibt ein pilzförmiges Cancroid der Clitoris, das aus einer angeborenen Warze hervorgegangen sei (aber erst im 64. Lebensjahre).

Küstner glaubt 2 Fälle beobachtet zu haben, in denen das Vulvacarcinom aus Atheromen entstanden war.

Mayer beschuldigt Schwielen an der Bedeckung der Genitalien (bei pruritus) als die Ursache für Cancroid.

Riberi giebt einen Fall an, wonach aus einer gutartigen Geschwulst (die seit der Kindheit bestand) im 48. Lebensjahre eine maligne wurde.

Eine interessante Beobachtung von Winckel ist die, dass die Affektion wiederholt bei Jungfrauen vorkam und zwar infolge Jahre lang fortgesetzten Kratzens an der Vulva.

West findet die Ursache in einem Trauma, nemlich einem Fall der Patientin mit der Vulva auf eine Stuhlkante.

Auch vorausgegangene Krankheiten sollen das Leiden begünstigen:

so nach Jouin «psoriasis» der Vulva,

nach Hutchinson »alte Lues« also Krankheiten, die eine Zerstörung und Abschilferung des bedeckenden Epithels verursachen.

Wie aus vorhergehendem ersichtlich, ist für die Ätiologie kein sicherer Anhaltspunkt gegeben, es sei denn das Alter. Vielleicht wird die Zukunft bei näherer Erkenntnis des Carcinoms einstens Aufschluss bringen.

Pathologische Anatomie.

Wie schon im Abschnitt »Häufigkeit und Vorkommen des Vulvacarcinoms« angeführt, unterscheidet Winckel zwischen Hautkrebs (Cancroid) und fibrösem Carcinom; andererseits kommen 3 Formen zur Geltung:

Cancroid,
Medullarkrebs,
Skirrhus.

Nach Klob und Winckel ist das Vulvacancroid nur Pflasterepitheliom.

Das fibröse Carcinom geht wahrscheinlich von den tiefen Partieen der Drüsen und des untersten Endes der Scheide aus, bildet harte knotige Geschwülste, die dem Knochen so fest aufsitzen, dass man annehmen könnte, sie wären von diesem ausgegangen. Die Knoten erweichen, brechen auf und bilden sinuöse Geschwüre.

Nach Klob entsteht das Carcinom in Form kleiner Tumoren vom subkutanen Zellgewebe aus.

»Das Carcinom der »äusseren Geschlechtsteile« kommt nur in den seltensten Fällen zur Beobachtung. Die Entwicklung geht zumeist in den grossen Schamlippen vor sich, seltener von der Clitoris oder den Nymphen in Form kleiner Tumoren vom subkutanen Zellgewebe aus und erreicht bei der nachträglichen Vergrösserung erst die Haut selbst, mit der es dann innig verwächst. Von der Mitte

umfänglicherer Tumoren aus beginnt später die vermehrte Anhäufung von sogenanntem Krebssafte, d. h. der fibröse Krebs gestaltet sich zum medullaren. Bei längerem Bestande ulceriert das Carcinom spontan und bildet dann tiefe, von höckriger Aftermasse umrandete Geschwüre, von deren Rändern aus sich auch wohl fungöse Wucherungen entwickeln können».

Über Cancroid, Medullarkrebs und Skirrhus giebt Ziegler folgende Beschreibung:

1) Der Plattenepithelkrebs bildet warzige und knotige Tumoren oder flache Hautverdickungen, welche ausgezeichnet sind durch die Bildung grosser Krebszapfen, die aus polymorphen grossen Plattenepithelien bestehen. Durch Zerfall der Neubildung bilden sich krebsige Geschwüre. Beim Abschaben der Schnittfläche des deutlich alveolär getrennten Tumors erhält man eine grützartige Masse, die aus Zellzapfen und einzelnen Zellen besteht. Sehr oft ordnen sich innerhalb der Zapfen die Zellen zwiebelschalenartig zu Kugeln zusammen, welche verhornen und kleine Epithelperlen bilden, sie werden dann als Horncancroide bezeichnet.

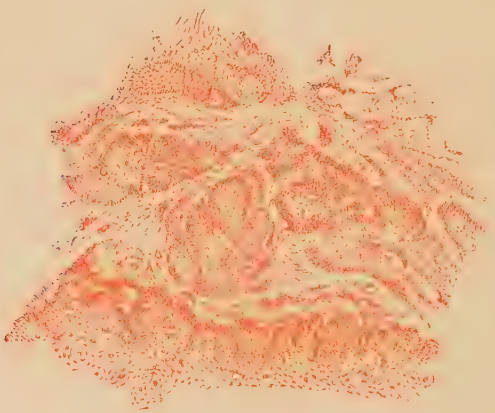
2) Das «Carcinoma medullare» (Markschwamm, Drüsencarcinom) zeichnet sich durch eine weiche Beschaffenheit aus bei zartentwickeltem und spärlichem Stroma. Die Zahl der Krebszellennester ist sehr reichlich. Von der Schnittfläche lässt sich in grosser Menge weisse Krebsmilch abstreichen, welche zahlreiche Zellen und freie Kerne, sowie verfettete Zellen und freie Fetttröpfchen enthält.

3) Beim «Carcinoma skirrhosum» sind die Krebszellennester verhältnismässig klein und spärlich und durch zartes Bindegewebe von einander getrennt; es besteht derbe Beschaffenheit. Letztere kann dadurch herbeigeführt werden, dass die Krebszellen durch fettige Degeneration zu Grunde

gehen, resorbiert werden und sodann nur das derbe Bindegewebsstroma, das narbigem Bindegewebe ähnlich sieht, übrig bleibt.

Wie Zweifel angiebt, ist das Medullarcarcinom weich und innerhalb des bindegewebigen Gerüstes zellenreicher, das atrophierende Carcinom (Skirrhus) ist viel härter, eine derbe narbenähnliche Geschwulst.

Zeichnung des mikroskopischen Befundes eines der später anzuführenden Fälle.



Symptome und Verlauf.

Über die Symptome des Vulvacarcinoms und dessen Verlauf sind die Autoren im wesentlichen einig.

Nach Winckel kann das erste Symptom heftiges Jucken sein, das eventuell lange besteht; nebenher werden stechende, bohrende Schmerzen angegeben. (Das gleiche giebt Fritsch an.) Es treten hierauf Knötchen auf mit fester Basis. An der Oberfläche erscheint die Haut wie

durch Salpetersäure angeätzt. Die Oberfläche ist nässend, die Patienten können nicht sitzen. Im weiteren Verlauf tritt übelriechender Eiter auf. Die Neubildung geht vom labium maius auf die Nymphe, das Frenulum, das praeputium clitoridis und auf die andere Seite über; ferner nach dem Damm, sehr selten in die Scheide weiter, ein Umstand, der auffällig ist. Nach einiger Zeit schwellen die Inguinaldrüsen an und brechen schliesslich durch — die Neubildung gewinnt das Aussehen eines der Inguinalgegend aufsitzenden Pilzes, es entsteht ein cancroides Drüsenulcus. Von hier aus schreitet der Prozess weiter, es entstehen tiefe cancroide Höhlen, die in das kleine Becken durch den Beckeneingang führen. Es kann zur Arrosion einzelner Zweige der arteria iliaca communis und der arteria hypogastrica führen. Dadurch entstehen Blutungen und setzen den Kräftezustand des Kranken sehr herab. Das Vulvacarcinom soll auf Vagina, Uterus und Ovarien übergreifen, was weder im Winckel'schen Fall, noch in den nachher anzuführenden Fällen geschah. Die Dauer der Krankheit beträgt gewöhnlich etwa zwei Jahre. Stärkere Blutungen sind selten nur ausgehend von peripheren Gefässen. So nach Winckel.

Ein sehr anschauliches Bild giebt die Beschreibung von Zweifel (Deutsche Chirurgie, Lieferung 61) »über Symptome und Verlauf« der Krankheit.

Wie auch andere bezeichnet er häufig als einziges Symptom im Anfang pruritus vulvae. Die Knötchen bleiben lokal, ohne Symptome zu machen. Mit der Ulceration tritt ein rascher Verlauf ein, es tritt die Geschwulst alsobald auf.

Es heisst da:

»Im Beginn der Krankheit finden sich immer kleine Knötchen, welche die Haut vorwölben und an derselben

wie mit Stiftchen festgeheftet sind. Die Knötchen sind immer mit mehr oder weniger Epithellagern bedeckt. Ludwig Mayer berichtet von zwei Beobachtungen, in denen diese Epidermisverdickungen förmliche Schwielen darstellten und eine grössere Ausbreitung erreichten. Doch sah er gleiche Schwielen an der Bedeckung der Genitalien bei jugendlichen und älteren Frauen, die kein »Cancroid« wohl aber »pruritus vulvae« hatten. Die Neubildung kann zunächst nach der Tiefe wachsen und sich dort mehr verbreiten, ehe deren destruierende Tendenz an der Oberfläche zur Geltung kommt.

Die Ulceration leitet sich damit ein, dass die Knötchen die oberflächlichen Epithelschichten verlieren. Die ulcerierten Knötchen sprechen deutlich für Cancroid. Die krebsige Ulceration zeichnet sich aus durch den missfarbigen und von der Hautoberfläche erhabenen Grund sowie durch die lividen Ränder. Das gelieferte Sekret hat grosse Neigung zur Zersetzung. Das Sekret wird aber erst übelriechend, wenn die Ulcerationen von längerer Dauer waren, da an den äusseren Genitalien keine Stagnation stattfindet.

Im späteren Stadium ist das Krebsgeschwür erkennbar durch seinen zerklüfteten Grund, aus welchem zuweilen Papillen hervorwuchern. Die ulcerierte Geschwulst ist mit einer »Himbeere« vergleichbar.

Durch das Weiterwachsen der Geschwulst nach hinten und vornen entsteht eine ovale Form. Die Cancroide breiten sich hauptsächlich gegen die Schleimhautfläche des Vorhofs aus.

Hildebrandt glaubt eine Verbreitung des ulcerierten Cancroids auf das gegenüberliegende labium maius beobachtet zu haben.

L. Mayer machte die interessante Beobachtung, dass die Cancroide der äusseren Genitalien nur selten auf die

Vagina und auch die primären Scheidenkrebse nur in seltenen Fällen auf die Vulva übergreifen.

Weiter unterscheidet Zweifel Symptom und Verlauf des Cancroids von dem des Drüsencarcinoms:

Letzteres begänne gewöhnlich mit tiefer liegenden Knoten; käme es zur Ulceration, so hätte es sich gewöhnlich schon weiter verbreitet und bräche in ein zerklüftetes, missfarbiges Geschwür auf; diese Krebsform wäre schlimmer als Cancroid. Das unter der Haut liegende Knötchen mache wie beim Cancroid keine Symptome oder nur weniges Jucken, — in beiden Fällen sei vermehrte Scheidensekretion vorhanden. Beim Drüsencarcinom stellten sich grössere Schmerzen ein, das Gewebe wurde in grösserem Umfange infiltriert, ginge auch in grösserem Umfange in jauchig-eitrigen Zerfall über und neigte leichter zu Blutungen. Die Infiltration der Lymphdrüsen trete früher ein und diese neigten eher zu selbständigem Weiterwuchern und zur Ulceration.

Im allgemeinen erfolge die Infiltration der Lymphdrüsen spät. Sei dieselbe eingetreten, so komme eine grössere Schwellung der Labien und ein rascheres Umsichgreifen hinzu.

Der tötliche Ausgang erfolgt unter langsamem Sinken der Kräfte. Letzteres wird wesentlich befördert durch das Nachlassen des Appetits. Auch erfolgt oft und leicht Erbrechen, welches auf den üblen Geruch des Sekrets zurückzuführen ist. Dieser macht die Lage des mit solchem Übel Behafteten auch insofern bedauernswert, als dadurch ein Verkehr mit Anderen so gut wie ausgeschlossen ist. Lokal kann der Ausfluss ein starkes Ekzem der Haut der Oberschenkel zur Folge haben, was äusserst lästig ist und das Gehen und Liegen behindert.

Grosse Blutungen oder andere Complicationen, wie

sie bei Uteruskrebs vorkommen, fehlen hier meist. Die Kranken gehen an Säfteverlust und chronisch septischer Infection zu Grunde.

Die soeben angeführten Symptome sind die hauptsächlichsten und von den meisten Autoren als bemerkenswert angegeben. Besondere Auffälligkeiten seien unterstehend noch beigefügt.

So beschreibt Pozzi Fälle, woselbst anfangs eine Warze von Haselnussgrösse vorhanden war; bei Confluction der Knoten erschien die Konsistenz holzartig hart wie beim Mammacarcinom. Als beachtungswert giebt er eine Verengerung des Introitus an. Der Konsistenz und dem Aussehen nach gliche die harte ödematös geschwollene Haut einer »Pomeranzenrinde«. Häufig fielen Schamhaare aus.

Weiter beobachtete eben genannter Autor ein Obturiertsein der Harnröhre bei Untersuchung per vaginam; es erschien die Harnröhre als ein harter Cylinder. (Auch nach Riberi und Melchiori.)

Die Krebsgeschwüre hätten scharfe unregelmässige Ränder, die mit Epidermisschuppen oder mit Krusten bedeckt seien — herrührend von Concrementen aus den Sekreten.

Bei Anschwellung und Ulceration der Leistendrüsen trete bald die Erscheinung der Krebscachexie auf. Es kann auch ein tötlicher Ausgang durch Complication wie Pleuritis und Phlebitis zu stande kommen.

Melchiori erwähnt einen Fall, bei dem ausstrahlende Schmerzen an's Becken an die Schenkel- und Schamleiste als Anfangssymptom zu konstatieren war. Die ersten Symptome traten oft bei der Cohabitation auf, indem dieselbe ohne nachweisbare Ursache äusserst schmerzhaft ist.

Riberi wies «Ischurie» nach, sonst ist bei Vulvacar-

cinom häufig erschwertes oder mit Schmerzen verbundenes Harnen oder Harnverhaltung zu konstatieren (Picqué).

Die Schwierigkeit, die Anfangssymptome genau anzugeben, liegt darin, dass die Patienten gewöhnlich erst spät kommen, und dann die Affektion schon weit vorgeschritten ist.

Diagnose.

Die Diagnose hat verschiedene Punkte zu berücksichtigen:

1) das »Alter«. Wie schon oben erwähnt, wurde meistens erst vom 40. Lebensjahre ab die Affektion beobachtet.

2) Den »lokalen Befund«.

Zunächst macht sich eine Infiltration bemerkbar, in deren Bereich dann Knötchen auftreten; diese wölben die Schleimhaut hervor, bis sie schliesslich geschwürig zerfallen. Dieses letzte Stadium ist begleitet von einem fötiden Ausfluss. Das hauptsächlichste und wichtigste Moment aber ist die mikroskopische Untersuchung, welche im Verein der meist ausgedehnten metastasischen Drüsenschwellung die Diagnose sicher stellt.

3) Das »mehr oder weniger rasche Wachstum«.

Diagnostisch ist das rasche Wachstum einer Geschwulst manchmal geradezu entscheidend.

4) Einige unter »Symptomen« angeführten weniger charakteristischen Merkmale, die eventuell herangezogen werden können, wenn im einzelnen Falle auf Grund der eben angegebenen drei Punkte die Diagnose mit Sicherheit nicht zu stellen wäre. Und endlich

5) die »Differentialdiagnose«.

Differentialdiagnostisch kämen nach Pozzi in Betracht — breite Condylome, ulcus molte und lupus.

Zur Unterscheidung von breiten »Condylomen« muss das Mikroskop den Ausschlag geben.

Für »ulcus molte» spräche ein akuter Verlauf, Aufsitzen des Geschwürs auf nicht indurierter Unterlage, die das Geschwür umgebende Haut müsste gesund sein. Die Ulceration würde von mehreren kleinen Geschwüren in den verschiedenen Entwicklungsstadien gebildet.

Für „lupus" spräche abwechselnde Zerstörung und Vernarbung. Die Ränder der Geschwüre müssten stärker ausgebildet sein als beim Krebs und es müsste grössere Tendenz zum Übergreifen auf Damm und Leistengegend vorhanden sein.

Ferner wäre als Hauptmoment für lupus gegen Carcinom das Fehlen der Drüsenschwellung anzuführen, welch letztere bei Krebsgeschwüren schon frühzeitig auftritt.

Prognose.

Die Prognose richtet sich darnach, ob die Affektion im Anfangsstadium oder schon weiter vorgeschritten ist.

Muss die Therapie wegen des vorgeschrittenen Stadiums sich auf symptomatische Behandlung beschränken, dann ist natürlich die Prognose in jeder Hinsicht als sehr schlecht zu stellen.

Aber auch die Radikaloperation, selbst in frühen Stadien ausgeführt, schützt nicht vor Recidiven und ist desshalb die Prognose hier mindestens zweifelhaft.

Ein Auszug aus einer von Dr. Friedrich Maass aufgestellten Tabelle über den Ausgang verschiedener Fälle von Carcinomen an den äusseren weiblichen Genitalien dürfte die schlechte Prognose am ehesten bestätigen!

Siehe Tabelle!

(Die Fälle sind in Halle beobachtet!)

Zu Seite 16.

Tabelle.

Alter.	Anamnestische Dauer.	Tumor.	Ulcerat.	Drüsen.	Metast.	Operation.	Recidiv.	Gesund nach der Operation.	Ausgang.	
I. 64 Jahre	2 Jahre	Skirrhus	ulceriert	geschwellt	Haut aller Körperteile	nicht mehr operierbar			Tod	
II. 64 „	2 „	„	„	„		„			„	
III. 68 „	1—2 Jahre ?	Cancroid	„	„		Operation verweigert			„	
IV. 60 „	9 Monate	„	„	nicht fühlbar		1 gemacht, die zweite verweigert	1		„	
V. 68 „	1¾ Jahr	„	?	?		1 ohne Drüsenexstirpation	1		Tod	
VI. 54 „	1 Jahr	„	ulceriert	beiderseitig deutlich fühlbar		Excision des Tumors später Drüsenexstirpation	1 unoperierbar		„	
VII. 69 „	½ „	„	„	nicht fühlbar		1 ohne Drüsenexstirpation	1		„	
VIII. 69 „	5 Monate	„	„	geschwellt		1 ohne Drüsenexstirpation	1		Tod	
IX. 70 „	2 „	„	„	beiderseitig geschwellt		2	2		„	
X. 53 „	1 Jahr	Cancroid	ulceriert	nicht fühlbar		1. ohne Drüsenexstirpation 2. mit „	2		Tod	
XI. 67 „	¾ „	Carcin. (Form?)	„	„		Operation nicht mehr möglich			„	
XII. 57 „	1 „	„	„	„	Magen?	2 ohne Drüsenexstirpation	1 ?	2½ Jahr	Tod	Tod am Magenkrebs
XIII. 48 „	1¾ Jahr	„	„	nicht geschwellt		1. ohne Drüsenexstirpation 2. Operation verweigert	1		Tod	
XIV. 61 „	1 – 1½ J.	„	„	nicht fühlbar		1 ohne Drüsenexstirpation	1 Leistengegend		Tod	
XV. 48 „	½ Jahr	„	„	„		1. ohne Drüsenexstirpation 2. mit „	1		„	
XVI. 40 „	1 „	„	„	„		1 ohne Drüsenexstirpation	1		„	
XVII. 67 „	½ „	„	?	„		1 ohne Drüsenexstirpation	1		Tod	

Unter 36 angegebenen Fällen mit Carcinom der äusseren weiblichen Geschlechtsteile sind 17 Patientinnen (in der Tabelle aufgezählt) im Verlaufe von $1^1/_2$—$2^1/_2$ Jahren zu Grunde gegangen — und zwar 4 ohne Operation, die anderen trotz Operation.

Von den übrigen 19 Fällen ist über den Ausgang nichts bekannt geworden.

Krankengeschichten.

I. Fall.

Barbara Kemmler aus Gönningen, 67 Jahre alt, Mutter von 4 Kindern, wurde am 29. Dezember 1893 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese:

Patientin hat 4mal ohne Kunsthilfe geboren, das letzte Mal vor 34 Jahren. Vor 15 Jahren ist die Menopause eingetreten.

Seit 3 Jahren bemerkt Patientin an den äusseren Geschlechtsteilen ein Gewächs, das schmerzhaft ist und in den letzten Wochen rasch gewachsen sein soll.

Eine Abmagerung hat sie an sich nicht bemerken können.

Status praesens:

Nahezu das ganze rechte grosse Labium ist in einen kleinapfelgrossen Tumor umgewandelt, dessen oberer Rand ca. 1 Finger breit unter der Harnröhrenmündung steht. Nach abwärts reicht der Tumor bis zum oberen Rande des Dammes, nach innen bis zum Ansatzpunkt des Hymens.

Der Tumor hat eine rote Farbe, ist oberflächlich ulceriert, an einzelnen Stellen verhornt, welche Stellen auf Druck schmerzhaft sind.

Der Tumor selbst und seine Umgebung sind derb infiltriert. Der noch freie Rest des Labiums ist ödematös geschwollen.

Scheide, Portio und Uterus sind vollständig frei.

Diagnose:

Primäres Carcinom der Vulva.

Operation am 13. Januar 1894.

Nach entsprechender Desinfektion der äusseren Genitalien wird in Narkose der Tumor im gesunden nicht infiltrierten Gewebe umschnitten und abgetragen; mehrere grössere spritzende Arterien müssen gefasst und unterbunden werden. Die ganze Wunde wird mit 18 teils tiefen, teils oberflächlichen Seidenfäden geschlossen und die Wunde mit Jodoform bedeckt.

14. Januar. Die Patientin hat trotz ihres Alters den Eingriff und die Narkose gut ertragen. Keine Nachblutung.

22. Januar. Nachdem der Verlauf, sowohl was das Allgemeinbefinden als auch die lokale Heilung betrifft, ein normaler war, werden die Nähte entfernt. Die Heilung ist per primam erfolgt; nirgends eine Infiltration.

26. Januar. Patientin darf aufstehen, allgemeines Befinden gut.

31. Januar. Patientin wird entlassen, die Wunde sieht gut aus.

II. Fall.

Catharine Huober aus Königsbronn bei Heidenheim, 41 Jahre alt, verheiratet, hat 2mal geboren. Sie wurde am 22. Juli 1893 in die Tübinger Klinik aufgenommen.

Anamnese:

Die Periode trat im 13. Jahre ein und war bis zum 23. Jahre regelmässig 4wöchentlich, 3tägig mit starkem Blutverlust und ohne Schmerzen. Vom 23. bis 24. Jahre setzte die Periode aus, Patientin hatte Bleichsucht, von da ab war sie wieder regelmässig.

Patientin hat 2mal geboren, die Geburten gingen gut.

Seit 2 Jahren leidet Patientin an unregelmässigen Blutungen, auch bemerkt sie seither eine rasch wachsende Geschwulst an den Geschlechtsteilen, wegen welcher sie nicht mehr sitzen kann. Übelriechender Ausfluss und Schmerzen sind vorhanden. Eine Abmagerung hat Patientin nicht bemerkt.

Status praesens:

Grosse, blass aussehende Patientin. Die rechte Hälfte der Vulva ist in einen papillären, höckerigen, länglichen, gefurchten Tumor umgewandelt, dessen Basis stark infiltriert ist. Auch die linke Vulva, die Umgebung des Anus, des septum recto-vaginale und die hintere Scheidenwand sind eine Strecke ca. 5 bis 6 Centimeter weit nach aufwärts infiltriert.

Wegen des zum Teil ulcerierten und schmerzhaften Tumors kann man die portio nicht erreichen, jedoch die Grenze zwischen infiltrierter und gesunder Scheidenschleimhaut (s. Zeichnung).

28. August. Die mikroskopische Diagnose bestätigt die klinische. „Primäres Carcinom der Vulva" lautet dieselbe.

3. August. Operation:

Der üble Geruch wird mit feuchten Thymolbeschlägen beseitigt. —

Da bei dem weit vorgeschrittenen Carcinom von einer radikalen Heilung keine Rede sein kann, so wird mit dem scharfen Löffel gründlich abgekratzt und möglichst tief, besonders an den Rändern, cauterisiert (Paquelin).

8. August. Der Schorf hat sich grösstenteils abgestossen. Die wunde Fläche sieht gut aus.

11. August. Die Patientin wird auf ihren Wunsch entlassen.

Therapie.

Die Therapie hängt davon ab, wie weit das Carcinom vorgeschritten ist und wird demnach

1) eine Radikale Operation,

2) eine symptomatisch-palliative Therapie unterschieden.

Ist das Carcinom noch in den Grenzen der Operationsfähigkeit, so sind alle Operateure darin einig, dass die einzig zweckmässige Behandlung des Carcinoms in einer Radikalexstirpation mit Ausschälen der nächstliegenden Drüsen besteht. Auch das Vulvacarcinom macht hierin keine Ausnahme.

Nach Winckel ist, sobald die Diagnose Cancroid gestellt, der Tumor mit Messer oder Scheere im gesunden zu umschneiden. Wo derselbe der Clitoris nahekommt, ist die Basis so zu präparieren, dass die corpora cavernosa mit der galvano-caustischen Schlinge abgetragen werden könne. Hierauf erfolgt die Vernähung der Wunde.

Winckel hält darauf, dass jede Prominenz, die verdächtig ist, namentlich in den späteren Lebensjahren sofort entfernt wird.

Fritsch verspricht sich von der Totalexstirpation nur Erfolg, wenn das Carcinom verschieblich ist.

Martin nimmt vor Beginn der Operation die provisorische Umstechung der zuführenden Hauptgefässe vor.

Rokitansky empfiehlt das Thermocautermesser, doch soll nach Zweifel die Blutung nicht so stark sein, als dass man auf die Anwendung des Messers verzichtete.

Ferner wird die Glühschlinge angewandt und Ätzung des Cancroids mit acidum nitricum fumans hie und da veranlasst.

Der zweite Akt der Operation ist die Drüsenexstirpation.

Nach Winckel, Küstner und Rupprecht werden dieselben herausgeschält; ersterer wendet nach der Operation Bäder mit Weizenkleie, Carbol und Cauterisation (Paquelin) an.

A. Martin spaltet den fluktuierenden Drüsentumor, schabt die Höhle mit dem scharfen Löffel aus und versieht sie dann mit einem ausgiebigen Jodverband.

2) Bei inoperablen, sagen wir aussichtslosen Fällen, spielen die Palliativmittel eine grosse Rolle.

Nach Pozzi werden Waschungen mit antiseptischen Mitteln vorgenommen. Es werden Einlagen von Jodoformgazebäuschchen in die Geschwüre veranlasst, gegen Erythem infolge des reizenden Ausflusses empfiehlt sich Borvaselline.

Winckel bestreut die eiternden Flächen mit kal. chloricum oder Jodoform und macht Abspülungen mit Carbol resp. Sublimat.

Zu erwähnen ist ferner das Kraske'sche Verfahren bei inoperablen Fällen. Es besteht in Bedeckung der Krebsgeschwüre mit gesunder Haut, dadurch wird die Sekretion sistiert und die dadurch hervorgerufenen Schmerzen nahezu beseitigt.

Bei Drüsencarcinom liegen die Verhältnisse, wie Zweifel mitteilt, viel ungünstiger!

Narcotica, Einschränkung der Jauchung und Blutung durch Aufstreuen antiseptischer Pulver z. B. des Jodoforms, Salicylsäure-Amylum (1 : 4), des Naphtalins oder auch Bepinseln mit verdünnter Jodtinctur und von Zeit zu Zeit Anwendung von liquor ferri sesquichlorati sind hier am Platze.

Bei zu weit Vorgeschrittensein des Prozesses ist (nach Winckel) nach vorherigem Auskratzen mit dem scharfen

Löffel energische Cauterisation zur Verminderung der Jauchung erforderlich. —

Wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, kamen in den beiden Fällen der hiesigen Klinik, welche Veranlassung zu dieser Arbeit gaben, beide Behandlungsmethoden in Anwendung — in dem einen die Radikaloperation, in dem anderen die palliativ-symptomatische Therapie.

Zum Schlusse sei mir gestattet, Herrn Professor Dr. von Säxinger für die Anregung zu dieser Arbeit, Herrn Privatdozenten Dr. Winternitz für die freundliche Unterstützung den besten Dank auszusprechen.

Wolff, Primaeres Carcinom der Vulva.

Verlag v. F. Pietzcker, Tübingen.

Lith. Anst. v. C. Voige, Göth

Druck von W. Armbruster & O. Riecker in Tübingen.